

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

626

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 juillet 1898, à 1 heure

Par PAUL BACQUELIN

Né à Nevers le 8 février 1869.

COMPLICATION RARE DE LA SCARLATINE

ANÉVRYSME EXTRA-CRANIE

De la carotide interne

Président : M. DEBOVE, professeur.

*Juges : { MM. CHANTEMESSE, professeur.
BALLET et CHARRIN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

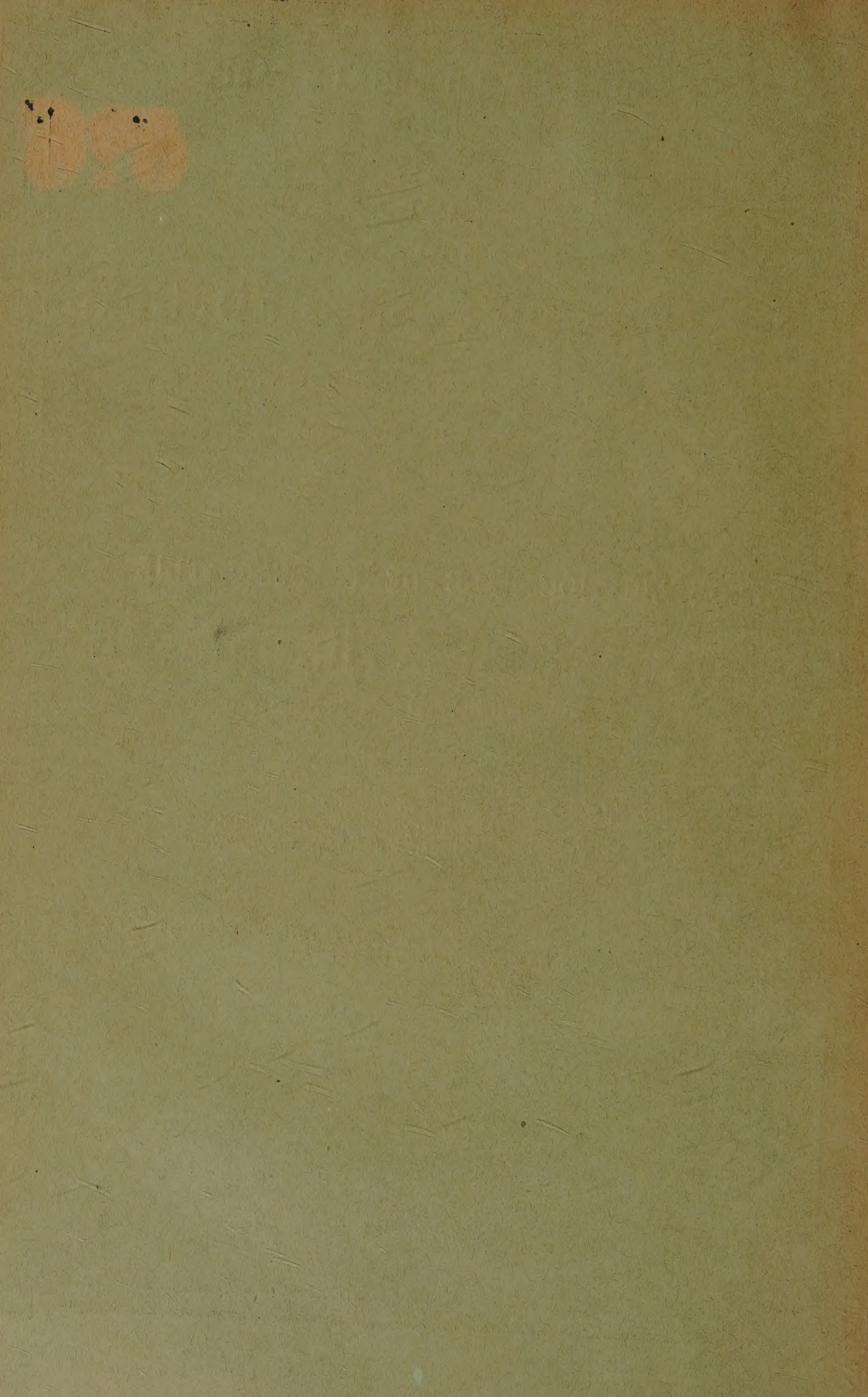
PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898



626

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 juillet 1898, à 1 heure

Par PAUL BACQUELIN

Né à Nevers le 8 février 1869.

COMPLICATION RARE DE LA SCARLATINE

ANÉVRYSME EXTRA-CRANIE

De la carotide interne

Président : M. DEBOVE, professeur.

*Juges : { MM. CHANTEMESSE, professeur.
 { BALLET et CHARRIN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen.	M. BROUARDEL
	Professeurs	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		DEBOVE.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie		TERRIER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		LABOULBENE.
		CHANTEMESSE.
		POTAIN.
Clinique médicale		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladie des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		TILLAUX.
		BERGER.
Clinique chirurgicale		DUPLAY.
		LE DENTU
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique d'accouchements		N.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ACHARD	GILBERT	MÉNÉTRIÉR	THIERRY
ALBARRAN	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
ANDRE	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BAR	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BONNAIRE	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
BROCA	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTÉTER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: **M. Ch. PUPIN.**

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION.

Au cours de nos études médicales nous avons eu la chance de pouvoir observer une malade dans le service de M. le professeur Le Dentu, malade qui a présenté une affection excessivement rare et dont nous n'avons pas pu retrouver d'autre exemple dans la littérature médicale. Cette observation présente un grand intérêt par sa rareté et d'autre part pour deux autres raisons : d'une part une affection semblable due à une cause quelconque n'évolue jamais de cette façon ; d'autre part on n'a jamais encore signalé des complications de cet ordre au cours ou à la suite de la fièvre scarlatine.

Il s'agit d'un anévrysme de la carotide interne du côté gauche, survenue pendant la fin d'une scarlatine banale.

Cet anévrysme, comme nous allons le voir, a évolué avec une grande rapidité, tout à fait insolite prêtant à des erreurs de diagnostic faciles qui auraient pu coûter la vie à la malade. Cet anévrysme a d'autre part guéri on peut dire spontanément et en fort peu de temps.

Cette observation très intéressante nous a paru digne d'attention et nous avons pensé faire œuvre utile en l'étudiant d'une façon complète, en la discutant point par point, aussi en faisons-nous le sujet de notre thèse. Nous nous estimerons heureux si cette modeste étude peut éveiller l'attention du chirurgien prêt à inciser un adénophlegmon post-scarlatin et permettre d'éviter une erreur, très rare sans doute mais dont les conséquences fatales sont faciles à prévoir.

Le plan que nous suivrons dans ce travail est le suivant :

Nous rappellerons tout d'abord les complications observées au cours de la scarlatine sans y insister longuement ; à la liste déjà connue nous ajouterons l'anévrisme de la carotide interne, non pas, croyons-nous, que d'autres anévrysmes ne puissent également se produire, mais nous n'en avons en somme que cet exemple.

Nous donnerons ensuite avec tous les détails qu'elle comporte l'observation de la malade que M. le Dr Raymond Petit, ancien interne des hôpitaux, alors interne du service, a bien voulu mettre à notre disposition.

Nous discuterons alors cette observation de façon à bien établir qu'il s'agissait là nettement d'un anévrisme et non d'une autre complication d'un ordre différent et nous essayerons d'en établir la pathogénie.

Il nous restera à exposer les symptômes par lesquels se traduit cette affection ; puis nous insisterons surtout sur le diagnostic différentiel. Il est ici d'une importance capitale, car, c'est lui qui servira de base au traitement, et on ne saurait trop s'y arrêter.

Enfin, nous terminerons en envisageant les différents modes de traitement qui peuvent convenir, suivant les circonstances, à une affection de ce genre ; en effet, si dans le cas que nous rapportons ici la guérison spontanée a été l'issue heureuse et rapide de la maladie, on conçoit fort bien qu'il en puisse être autrement et que cette complication de la scarlatine soit susceptible de réclamer une intervention active et un traitement énergique.

Avant d'entrer dans notre sujet, nous tenons à exprimer ici publiquement notre reconnaissance à tous ceux qui ont bien voulu nous permettre de profiter de leurs enseignements et de leur expérience.

Tout d'abord nous remercierons M. le professeur Le Dentu, dans le service si intéressant duquel nous avons pu voir et suivre la maladie dont nous parlons.

Nous tenons également à exprimer toute notre sincère gratitude à MM. les D^{rs} Théophile Anger, Tuffier et Michaux, qui nous ont initié à la pratique chirurgicale.

Nous sommes heureux de pouvoir témoigner

notre reconnaissance à MM. les D^r Dreyfus-Brisac et Gilbert qui nous ont donné les premières notions de médecine.

Nous devons beaucoup à M. le D^r Renault, chef de clinique des Enfants-Malades, pour les conseils et les enseignements qu'ils nous a donnés au début de notre carrière médicale.

Nous remercions bien sincèrement M. le D^r Raymond Petit qui a bien voulu nous communiquer l'observation qui fait le sujet de cette thèse.

Nous exprimons notre profonde gratitude à M. le professeur Debove pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

COMPLICATION RARE DE LA SCARLATINE

ANÉVRYSME EXTRA - CRANIEN

DE LA CAROTIDE INTERNE

CHAPITRE I

APERÇU DES COMPLICATIONS DE LA SCARLATINE

La fièvre scarlatine est une maladie éruptive essentiellement contagieuse et par conséquent microbienne bien que l'agent pathogène n'en soit pas encore connu d'une façon certaine. Elle présente tous les caractères d'une infection et l'avenir nous apprendra sans doute à quelle espèce de germes elle est due. Cette notion est d'une importance capitale à tous les points de vue et tout spécialement au point de vue de la pathogénie de ses complications. Dès le début de l'ère bactériologique on lui supposa un microbe spécifique et bien des recherches ont été faites et sont encore continuées sur ce sujet.

Coze et Fetz en 1872, signalèrent dans le sang, les squammes et la gorge des malades la présence d'un microcoque.

Fränkel et Fraudenberg ont pu cultiver du streptocoque dans le sang des viscères de malades qui avaient succombé à la scarlatine. Babès également trouva le même microbe qu'il considéra comme identique au streptocoque de l'Erysipèle et de la suppuration

Power et Klein, puis Jameson et Edington en 1887 trouvèrent également le streptocoque et le considèrent comme l'agent spécifique de la maladie mais M. Duclaux (1) rejeta les conclusions de ces auteurs comme insuffisamment fondées.

Depuis ce moment de nombreux travaux ont paru et pour n'en citer que quelques-uns nous rappellerons les noms de Löffler, Klein, Fränkel, Fraudenberg, Babès, d'Espine et Marignac, Marie Raskin, Bourges et Wurtz, Lemoine.

Tous ces auteurs concluent à la présence du streptocoque dans la scarlatine et lui attribuent la plupart des accidents locaux que l'on observe. Pour Babès nous l'avons dit il s'agirait du microbe de Fehleisen mais plus petit que de coutume et moins virulent, poussant mal sur la gélatine nutritive.

D'Espine et Marignac (2) au contraire en font

1. Duclaux. *Annales de L'Institut Pasteur*, (1887).

2. D'Espine et Marignac. *Acad. des Sciences*, 6 mai 1895.

une espèce à part se basant sur ce qu'il est formé de petits grains arrondis et lenticulaires.

Il coagulerait le lait avec formation d'un caillot épais et compact entouré de petit lait, cultivé en bouillon il donnerait un dépôt de grains grumeleux difficile à dissocier.

Ce streptocoque pourrait être, comme le pense Fiesinger d'Oyonnax (1) non seulement la cause des complications de la scarlatine mais encore la cause même de la maladie et le microbe pénétrerait par la bouche et les amygdales comme cherchent à le prouver les travaux de Walter Dowson de Bristol (2) et de Bergé (3).

En somme il est impossible de résoudre actuellement cette question encore bien controversée et c'est à l'avenir à nous apprendre à quelle opinion définitive nous devons nous arrêter.

Quoi qu'il en soit on peut dire avec M. Moizard (4), en parlant de la scarlatine, que : « la variabilité de ses symptômes, son extrême gravité dans certains cas, la multiplicité de ses complications rendent son étude aussi intéressante que compliquée ».

C'est qu'en effet, très nombreuses et très im-

1. Fiesinger d'Oyonnax. *Semaine méd.* juillet 1893.

2. Walter Dowson. *Pathol. soc. of London*, 21 mars 1893.

3. Bergé. *Thèse de Paris*, 1896.

4. Moizard, *Traité des maladies de l'enfance*, tome I, p. 113, Paris 1897.

portantes sont les complications de la fièvre scarlatine. Nous allons les passer rapidement en revue sans entrer dans le détail de chacune d'elles, nous hâtant d'arriver à la dernière, à celle que nous avons eu la bonne fortune de pouvoir observer de près et dont nous n'avons vu signaler aucun autre exemple jusqu'à aujourd'hui.

L'angine du début de la scarlatine peut revêtir des caractères d'angine pseudo-membraneuse grave soit d'emblée soit au bout de deux à trois jours ; on croirait facilement avoir affaire à une angine diphtérique et il faut souvent l'examen bactériologique, le microscope et la culture, pour trancher la question. L'erreur sans cela serait d'autant plus facile que le coryza, le jetage, l'état général avec le teint plombé, terreux, rien n'y manque pour faire commettre l'erreur, que le bacille spécifique de Klebs Loeffler. Ce n'est pas que ces angines ne puissent être diphtériques, mais quand le bacille de Klebs Loeffler s'y trouve, il s'agit d'une véritable complication toujours grave ; c'est l'association microbienne du streptocoque avec le coli-bacille et le bacille diphtérique et le pronostic est toujours assombri par ces associations dangereuses. Ce sont ces angines qui prennent quelquefois la forme gangréneuse par l'ulcération de la carotide interne et la mort par hémorrhagie comme Gauthier en a rapporté un exemple.

L'otite moyenne est une complication fréquente de la scarlatine et le début pharyngien de l'affection l'explique facilement, l'infection se propageant par la trompe d'Eustache jusqu'en la caisse du tympan. Ces otites peuvent revêtir des formes très diverses suivant l'intensité et l'étendue de la lésion ; tantôt ce sont de simples otites légères et de peu d'importance, tantôt au contraire elles conduisent à la suppuration de la caisse, à l'infection de *l'aditus ad auitrun*, à la mastoïdite enfin et à toutes les complications graves que peuvent comporter ces affections. Pourtant comme l'a fait remarquer Bader Burklost et Guinon (1) la forme légère correspond à 33 0/0 des cas tandis que les formes graves ne se rencontrent que dans 4,5 pour 0/0.

Les complications nerveuses ne sont pas rares non plus. Outre les symptômes nerveux graves qui surviennent fréquemment au cours des scarlatines malignes on observe quelquefois des complications analogues dans la convalescence.

Il faut toujours dans ces cas songer aux accidents nerveux urémiques liés à la néphrite si fréquente dans cette maladie.

Cadet de Gassicourt dans ses cliniques a également signalé un cas de méningite cérébro-spi-

1. Cités par Moizard, *Traité des maladies de l'enfance*, page 143 tome I- 97.

nale, mais c'est là un cas tout à fait exceptionnel.

Du côté de l'appareil respiratoire on n'observe que de rares complications. Les accidents laryngés sont rares et Trousseau disait : « La scarlatine n'aime pas le larynx » cela est parfaitement exact et ce n'est qu'après des angines tardives et diphtériques que cet organe peut être secondairement intéressé.

La bronchopneumonie est également très rare et toujours due au streptocoque.

La pleurésie est moins exceptionnelle, elle a une marche insidieuse, suppure souvent, et relève également d'une infection streptococcique.

La scarlatine se complique assez souvent d'accidents articulaires. Jadis, Blondeau et depuis Peter ont voulu identifier ces accidents au rhumatisme articulaire aigu ; mais Bourey dans sa thèse a montré qu'il s'agissait là de pseudo-rhumatisme infectieux et non de rhumatisme vrai. Cette manière de voir a du reste été confirmée par les travaux et les recherches récentes d'un bon nombre d'auteurs. Ce sont encore là des accidents dûs le plus souvent au streptocoque ; Henhartz et Raskin ont retrouvé ce microbe dans des épanchements séreux articulaires ; Raskin Heubner et d'autres l'ont retrouvé dans les arthrites suppurées de la scarlatine.

D'après Graves, la forme séreuse serait tardive et n'apparaîtrait pas avant le 20^e jour et frap-

perait plusieurs articulations tandis que la forme suppurée plus rare serait toujours monoarticulaire, frappant le genou de préférence.

Monsieur Moizard signale encore la vulvite comme une complication assez commune dans les pavillons de scarlatineux.

Une des complications les plus fréquentes est sans conteste la néphrite scarlatineuse ; Cadet de Gassicourt l'aurait observée au décours de la scarlatine dans 30 pour 100 des cas.

Les recherches modernes ont montré deux formes d'albuminurie scarlatineuse : l'un précococoe contemporaine de l'éruption, l'autre tardive plus fréquente encore que la précédente survenant de la 3^e à la 6^e semaine ; nous n'avons pas à étudier ici même sommairement ces deux formes, cela nous entraînerait hors des limites du cadre que nous nous sommes tracé pour cette étude, qu'il nous suffise de dire qu'au point de vue histologique il s'agit là de la glomérulo-néphrite exsudative au moins au début telle que l'a si bien décrite Klebs.

Ces néphrites dont la connaissance n'est d'ailleurs pas très ancienne, sont l'explication de l'albuminurie et de l'anarsaque scarlatineuses que les anciens auteurs avaient déjà signalées d'une façon très précise sans en avoir pu toutefois saisir la cause véritable.

Il nous reste encore à signaler les complications très communes d'adénopathies et de bu-

bons scarlatineux. L'adénopathie sous-maxillaire presque constante dans la scarlatine peut en effet prendre un développement insolite et s'étendre jusqu'aux ganglions parotidiens. Il n'y a rien là qui doive nous étonner puisqu'il existe une affection pharyngée bien manifeste, or les ganglions atteints sont bien ici ceux qui correspondent au territoire lymphatique de la gorge et du pharynx comme on peut s'en convaincre par les résultats des injections au mercure que R. Petit (1) a résumées dans sa thèse ; l'inflammation ne reste pas localisée à ces ganglions, elle envahit le tissu conjonctif ambiant. L'évolution de ces adénites et péri-adénites est lente ; elles peuvent se résoudre mais souvent aussi elles suppurent et l'abcès profondément situé ne se manifeste pas de suite extérieurement par les symptômes communs : l'inflammation de la peau et la fluctuation n'apparaissent que très tardivement pendant que dans la profondeur, les plus graves désordres risquent de se produire, si l'on n'intervient pas ; le pus peut fuser en arrière du pharynx dans la gaine des vaisseaux, il peut ulcérer la carotide interne et déterminer des hémorrhagies mortelles ; l'amygdale peut être repoussée par la collection purulente et diminuer l'orifice de l'isthme du gosier entraînant des troubles de la phonation, de la déglutition et

1. R. Petit, *Thèse de P.* 97, p. 22 et 31.

quelquefois même de la respiration par apparition d'œdème de la glotte.

Dans les ouvrages classiques nous trouvons encore signalées des complications du côté de l'appareil vasculaire. Les auteurs ne s'étendent pas longuement sur ces complications; c'est ainsi que Laveran et Teissier (1) signalent la péricardite, M. le professeur Dieulafoy dans son *Manuel de pathologie interne* n'en dit pas davantage.

Voici comment s'exprime à ce sujet M. Moizard dans le *Traité des maladies de l'enfance* (2).

« L'endocardite se rencontre quelquefois : elle peut être précoce dans les formes très graves; elle prend souvent la forme ulcéreuse (Baginsky) et peut alors déterminer des embolies multiples. La péricardite est plus rare; comme la pleurésie elle est souvent suppurée. Les lésions du myocarde n'ont point été, que je sache, signalées; les accidents de collapsus cardiaque sont toujours sous l'influence de désordres nerveux d'origine centrale. »

A ces complications nous devons en ajouter une autre, très rare il est vrai, mais qui nous semble devoir être tout naturellement rappor-

1. Laveran et Teissier *Eléments de Path. Méd.* Tome I, p. 180.

3. *Traité des maladies de l'enfance* (p. 145).

chée des lésions de l'endocarde : c'est l'apparition d'un anévrisme à évolution assez rapide.

Dans le cas que nous rapportons il s'agissait d'un anévrisme de la carotide interne du côté gauche à sa partie supérieure ; nous ne saurions dire si d'autres anévrysmes pourraient de même se produire puisque nous n'en avons pu trouver un seul exemple. Il nous paraît cependant logique de l'admettre comme nous le dirons un peu plus loin à propos de la pathogénie. Mais actuellement nous sommes obligés de nous en tenir aux faits connus et nous n'en pouvons dire davantage. Peut-être dans l'avenir, l'attention des cliniciens étant attirée de ce côté, d'autres exemples pourront-ils être rapprochés du cas que nous allons maintenant décrire.

CHAPITRE II

OBSERVATION (inédite).

Recueillie dans le service de M. le professeur Le Dentu, et due à M. Raymond Petit, interne du service.

Anévrysme de la partie supérieure de la carotide interne gauche, au décours de la scarlatine. Evolution rapide. Guérison rapide.

Léonie D..., âgée de 19 ans, exerçant le métier de teinturière à Paris, entre le 27 juillet 1896, dans le service de M. le professeur Le Dentu, salle Lenoir, lit n° 13, hôpital Necker.

Antécédents héréditaires. — Les parents de cette jeune fille sont bien portants. Elle a perdu deux sœurs ; l'une, à l'âge de 16 ans, est morte de la fièvre typhoïde ; l'autre a succombé en bas-âge au cours d'une rougeole.

Antécédents personnels. — Née à terme, l'enfant a été nourrie au biberon ; elle a présenté un ictère à l'âge de deux ans qui a duré environ un mois et demi, au dire de la mère.

Vers l'âge de 14 à 15 ans, époque où elle a été réglée, elle a commencé à avoir des maux de gorge ; elle avait de l'angine au moment de chaque période menstruelle. Les deux côtés de la gorge étaient également pris.

Histoire actuelle. — A la fin du mois de mai, la

malade a commencé une fièvre scarlatine, pour laquelle elle a été traitée à domicile. Elle a eu une forte angine du début et a souffert beaucoup de la gorge pendant la première période de sa maladie. Cette fièvre éruptive a continué son évolution normale et la desquamation est apparue; c'est au cours de cette période de desquamation que la malade a ressenti, dans la nuit du 13 juillet, des douleurs sourdes dans la partie supérieure gauche du cou, douleurs qu'elle crut résulter d'un torticolis.

Au bout de huit jours environ, sans avoir présenté ni frissons, ni élévation de température, la malade s'aperçut qu'il existait un empâtement, une légère tuméfaction à la partie supérieure gauche du cou. Pendant la semaine suivante les douleurs ont continué avec les mêmes caractères et la tumeur a grossi progressivement pour arriver en huit jours environ au volume qu'elle présente actuellement.

En même temps, sa tête s'inclinait vers l'épaule du côté malade et la face se tournait légèrement du côté opposé suivant le sens de l'action musculaire du sternocléido-mastoïdien.

Inquiète de cet état de chose, la malade se rend à la consultation de l'hôpital Necker où on lui fait faire des onctions avec une pommade noire (dit-elle) (onguent mercuriel probablement). Cependant son état ne s'améliorant pas, elle retourne au bout de 3 ou 4 jours à la consultation de l'hôpital Necker où l'on porte le diagnostic d'adéno-phlegmon consécutif à la scarlatine, et la malade est admise et envoyée dans le service de chirurgie le 27 juillet 1896.

La malade est couchée au n° 13 de la salle Lenoir, dans le service de M. le professeur Le Dentu, suppléé en ce moment par M. Lyot, chirurgien des hôpitaux. Elle est examinée par M. Raymond Petit, interne du

service, et nous avons pu assister à cet examen et suivre l'évolution de la maladie.

La malade est une jeune fille bien constituée, d'apparence assez robuste, mais fortement anémiée par la maladie infectieuse qu'elle vient de traverser et dont elle porte encore des traces.

En effet, du côté de la plante des pieds et des orteils, aux mains et aux doigts, on voit l'épiderme se soulever en larges plaques caractéristique de la desquamation de la scarlatine. Aux mains en particulier cette desquamation se fait nettement en doigts de gant, comme on le décrit dans les ouvrages classiques.

Elle entre à l'hôpital pour une tuméfaction à peine douloureuse de la partie supérieure gauche du cou. Elle se tient la tête inclinée sur l'épaule gauche, la face légèrement tournée vers la droite, dans l'attitude du torticolis.

On constate du côté gauche, une tuméfaction qui occupe la partie supérieure du cou, au-dessous du lobule de l'oreille dans la région sterno-mastoïdienne supérieure. Cette tuméfaction est recouverte par des téguments sains, présentant l'épaisseur et la coloration normales.

Au palper, on sent que cette tumeur située profondément sous le muscle sterno-mastoïdien peut avoir le volume d'une très grosse noix environ et qu'elle remonte jusque vers le bord antérieur de l'apophyse mastoïde. Là on cesse de pouvoir la délimiter avec les doigts, elle se prolonge dans la profondeur vers la base du crâne. La palpation donne en outre une sensation de mollesse et de fluctuation profonde bien nette. L'exploration aux doigts est peu douloureuse et la malade se plaint surtout de douleurs spontanées et sourdes irradiant vers l'oreille du même côté où elles deviennent par moment plus intenses.

L'attention est éveillée par l'absence de rougeur et surtout par l'absence d'épaississement de la peau, et M. R. Petit songe à la possibilité d'un anévrysme. Examinant de plus près cette tumeur, on voit en la regardant à jour frisant qu'elle est en effet animée de battements très nets, que l'on met facilement en évidence par le signe classique du drapeau.

La main appliquée sur la région perçoit une expansion manifeste isochrone aux battements du poulx.

A l'auscultation, on entend le souffle anévrysmal caractéristique.

Du côté de la gorge la malade ne ressent aucune douleur mais seulement un peu de gêne du côté gauche en avalant. Il n'existe pas de troubles de la phonation ni des fonctions du voile du palais dans la déglutition. A la vue, la gorge est un peu rouge à gauche. L'amygdale gauche, refoulée vers la ligne médiane, fait une saillie notable ainsi que les piliers gauches du voile, vers l'isthme du gosier.

Le doigt introduit dans la bouche perçoit aussi de ce côté des battements bien nets.

Quand on palpe la tumeur avec les deux mains, un doigt dans la bouche, l'autre main sur la tuméfaction cervicale, le mouvement d'expansion devient des plus manifestes.

Le diagnostic d'anévrysme est porté et l'on s'arrête à l'idée d'un anévrysme de la carotide interne à sa partie supérieure, en se basant sur le siège de la tumeur, sur la saillie pharyngienne, sur la douleur irradiée à l'oreille et enfin sur l'absence de modifications du poulx de l'artère temporale gauche dont les battements sont parfaitement isochrones avec ceux de l'artère correspondante du côté opposé. D'ailleurs la compression de la carotide primitive fait diminuer le volume de la tumeur et les battements dont elle est le siège.

Le lendemain, M. Lyot examine la malade et confirme le diagnostic posé la veille. Cependant plusieurs personnes ayant examiné la malade, pensent à un adénophlegmon post-scarlatin et mettent les battements et l'expansion sur le compte d'une ulcération de la carotide interne, à cause du développement assez rapide de la tuméfaction.

Pour trancher la question on décide de faire une ponction exploratrice capillaire. Après antisepsie de la région, M. Raymond Petit fait la ponction, prudemment, avec une seringue stérilisée, à fine aiguille. Le corps de la seringue s'emplit immédiatement d'un sang rutilant absolument pur. L'aiguille retirée doucement, on obture la petite piqure avec du coton stérilisé et une couche de collodion. Un pansement ouaté entoure ensuite le cou, en faisant une très légère compression.

Le sang retiré a été immédiatementensemencé par M. R. Petit, dans deux tubes de bouillon peptonisé, sur des tubes de gélatine nutritive et sur des tubes de gélose. Ces tubes ont été gardés les uns à la température de la chambre, les autres dans l'étuve à 38°. Aucun d'eux n'a donné de culture par la suite, huit jours plus tard ils étaient tous stériles. D'ailleurs quelques gouttes de sang ont été examinées extemporanément avec des colorations simples, avec la méthode de Gram, et avec les procédés de double coloration ; sur aucune de ces préparations il n'a été possible de voir aucune figure microbienne, ni aucun globule de pus.

Il s'agissait donc bien d'un anévrysme de la carotide interne. Repos ; gargarismes antiseptiques.

Au bout de quinze jours, la malade a la voix nasonnée et présente des troubles de la déglutition ; les liquides refluent par les fosses nasales. La tuméfaction encore très nette du côté du cou semble pourtant un peu moins marquée qu'au début. Du côté du pharynx

au contraire, l'amygdale est beaucoup plus saillante ainsi que les piliers du voile. Le voile lui-même est un peu abaissé dans sa moitié gauche.

Le traitement est discuté et l'on se rattache à la ligature de la carotide interne entre le cœur et l'anévrysme ; c'est le traitement de choix, l'artère n'ayant pas de collatérales c'est du reste la seule intervention possible, la dilatation remontant jusqu'à la base du crâne, et arrivant sans doute à l'orifice extérieur du canal carotidien. Ce traitement est toutefois différé, et l'on institue un traitement général tonique, par le quinquina. Le cou est protégé par un pansement ouaté et la malade évite les mouvements autant que possible.

Le 12 août, la tuméfaction externe a considérablement diminué ; on n'y perçoit qu'à peine les battements ; le souffle existe encore, par la bouche les battements sont encore perceptibles, mais la tuméfaction a beaucoup diminué.

La déglutition est du reste bien moins gênée et les liquides ne passent plus dans les fosses nasales. L'état général s'est aussi amélioré notablement.

Le 16 août. — La déglutition se fait sans aucune gêne, la voix est normale. La tumeur cervicale a complètement disparu, il ne reste qu'un peu peu de gonflement du côté gauche de la gorge. La malade engraisse, reprend un teint rosé et son état général est excellent.

Le 20 août. — Elle quitte l'hôpital, ne souffrant nullement, et revient tous les 15 jours se faire examiner.

Le 12 octobre 1896. — Toute trace de l'anévrysme avait complètement disparu, on ne sent ni tumeur, ni battement, ni expansion. L'auscultation ne permet pas d'entendre de souffle anévrysmal. Du côté de la gorge tout est également rentré dans l'ordre. L'isthme du gosier est bien symétrique, l'amygdale gauche et les

piliers de ce côté ne sont pas pas saillants et le doigt ne perçoit plus de battements à ce niveau. La tête reste encore un peu inclinée vers l'épaule gauche, par habitude semble-t-il, car la malade fait avec facilité et souplesse tous les mouvements normaux du cou.

CHAPITRE III

DISCUSSION ET ESSAI PATHOGÉNIQUE

L'observation que nous venons de rapporter dans tous ses détails est à n'en pas douter un exemple d'anévrysme de la carotide interne, mais comme il n'a pas eu la marche ordinaire des anévrysmes en général, comme il a prêté à la confusion, nous allons le discuter et en même temps chercher à en comprendre la pathogénie.

Tout d'abord nous disons que c'est bien un anévrysme de la carotide interne et non pas un adéno-phlegmon de la région sterno-cleido-mastoïdienne supérieure comme on en avait primitivement posé le diagnostic. La chose est d'avance établie par le résultat de la ponction qui a ramené du sang pur ; mais elle a pu être établie avant même que cette fonction ne fût faite. En effet, un adéno-phlegmon, s'accompagne toujours d'une zone d'empâtement périphérique qui manquait dans ce cas. Sans doute on sait que ces adéno-phlegmons post-scarlatins qui

répondent à une porte d'entrée pharyngienne de l'infection, sont profonds, évoluent lentement, sans grande réaction générale, presque sans fièvre ; on sait aussi que la fluctuation nette y manque assez longtemps à cause de leur siège profond et c'est pour cela même que l'on recommande leur ouverture précoce, sans attendre la sensation de flot, afin d'éviter les fusées purulentes vers le pharynx, l'espace maxillo-pharyngien, la gaine des vaisseaux du cou, et l'ulcération rare mais possible de ces vaisseaux, mais malgré cela il faut bien reconnaître qu'il n'y avait chez la malade dont nous rapportons l'histoire aucun changement de couleur de la peau, pas la moindre rougeur, pas la moindre veinosité développée sous la peau alentour. Il n'y avait pas surtout d'épaississement du tissu cellulaire sous-cutané et de la peau, résultat de l'infiltration inflammatoire.

Nous insistons à desser sur ce dernier fait. On pourrait concevoir à la rigueur que la collection purulente fut trop profonde encore pour avoir changé la coloration de la peau, mais le tissu conjonctif eût été lui déjà enflammé et la tumeur moins nettement délimitable. D'ailleurs il y avait de la fluctuation profonde ; or, comment admettre, puisque ce symptôme est tardif dans ces adéno-phlegmons, que les signes d'inflammation superficielle eussent totalement fait défaut à ce moment ? Non, la fluctuation était

trop nette quoique profonde pour pouvoir cadrer avec l'absence complète des autres symptômes. Du reste, la pression de la tumeur n'était guère douloureuse et ce n'est certes pas là le fait des collections purulentes, surtout des collections profondes.

Il y avait des battements, de l'expansion, enfin du souffle anévrysmal et par conséquent on ne pouvait pas invoquer de battements transmis par la carotide à une collection voisine.

La ponction et l'issue de la maladie ont bien confirmé le diagnostic ; une collection purulente, fluctuante et nette, de ce volume, ne se résorbe pas spontanément en un mois.

La possibilité d'une ulcération de la carotide par un abcès était beaucoup plus difficile à réfuter. Cependant, nous le répétons, les symptômes de l'abcès faisaient défaut, nous l'avons montré tout à l'heure.

La ponction montrant que la collection liquide était du sang artériel tranche nettement la question. L'examen direct du sang n'a laissé voir ni globules du pus ni formes microbiennes d'aucune sorte. Enfin lesensemencements sur divers milieux nutritifs sont restés stériles, et cela pendant un temps qui dépasse de beaucoup celui qui est nécessaire au développement d'une culture, c'est dire que la tumeur ne contenait que du sang artériel pur.

En somme cette ponction, dont nous ne vou-

drions pas faire une règle dans la pratique, nous semble avoir en l'espèce, au point de vue de la certitude du diagnostic, la valeur d'une autopsie.

Certes il n'est pas commun de voir un anévrysme se produire spontanément, et si rapidement ; en quinze jours arriver à son maximum, et surtout entrer en voie de régression immédiate pour disparaître complètement, si bien que la guérison était complète au bout d'un mois et demi ou de deux mois.

Voyons quelle pathogénie peut nous expliquer ce cas singulier et nous permettre de comprendre son évolution.

M. Delbet (1) divise l'étude pathogénique des anévrysmes en général en 4 chapitres :

1° Anévrysmes congénitaux.

2° Anévrysmes parasitaires qui peuvent eux-mêmes se produire :

a. — Par embolies.

b. — Par érosions.

3° Anévrysmes traumatiques.

4° Anévrysmes simples ou spontanés à laquelle de ces catégories se rattache notre cas ?

Il ne s'agissait évidemment ni d'un anévrysme congénital ni d'un anévrysme traumatique. Nous avons d'autre part montré qu'on ne pouvait admettre dans cette observation l'hypothèse

1. Delbet, *Traité de chir. clin. et opérat.* de Le Dentu et Delbet tome IV, p. 188.

d'une ulcération de la carotide interne ; quant à l'embolie, elle faisait certainement défaut ; ce cas ne peut donc rentrer que dans la dernière classe celle des anévrysmes dit spontanés, ou simples. Or, comme le dit M. Delbet, ces deux dénominations sont également mauvaises et cette classe qui répond à la plus grande partie des anévrysmes chirurgicaux ne comprend en somme qu'une série de cas disparates qui n'ont pu trouver place dans aucune des autres divisions.

Deux théories opposées ont été émises pour expliquer la production de ces anévrysmes, qui nécessitent comme les autres pour se produire la destruction ou l'altération de la tunique moyenne du vaisseau.

La première théorie inflammatoire défendue par Scarpa, Köster, Verstraeten, Birch Hirschfeld, Ziegler, Cornil et Ranvier, invoque l'action de l'artérite. Mais on incriminait surtout l'artérite chronique, l'athérome. Delbet fait remarquer la plupart des anévrysmes spontanés surviennent à un âge qui n'est pas celui de l'athérome et sur des vaisseaux qui ne sont pas le siège de prédilection de cette maladie. « Il est « bien probable, dit cet auteur, que les artérites « des maladies générales septiques qui débutent « sans doute au niveau des vasa-vasorum, sont « capables de jouer un rôle analogue à celui des

« embolies septiques dans la production des
« anévrysmes. »

La seconde théorie, est celle de Becklinghausen et d'Effinger ; c'est la théorie mécanique. Ces deux auteurs admettent une déchirure primitive, une sorte d'éclatement par excès de pression ou traumatisme, déchirure qui porte sur la tunique interne et tout ou partie de la tunique moyenne. Cette dernière théorie, certainement vraie dans bien des cas, comme le prouvent les recherches anatomiques et histologiques d'Effinger, est celle à laquelle Delbet se rattache le plus volontiers. Si elle est souvent vraie, elle ne nous semble pas devoir bannir complètement la précédente et dans notre cas, c'est à la théorie inflammatoire que nous croyons devoir nous rattacher de préférence.

On sait en effet que la scarlatine frappe volontiers l'endocarde, pourquoi ne pas en dire autant d'un tissu très voisin, de l'endartère. Ces lésions portant à la fois sur le revêtement endothélial d'un segment de la carotide et sur celui des *vasa vasorum* qui le nourrissent, ont fort bien pu amener une rapide altération de la tunique moyenne et l'artère en ce point se serait laissée distendre, selon nous. à la suite d'une endartérite aiguë. Cette manière de voir n'est-elle pas bien en rapport avec l'apparition très rapide de l'anévrysme qui est arrivé à son maximum en quinze jours ou trois semaines. Rien

ici, ne nous expliquerait le mécanisme admis par Effinger : la malade n'avait subi aucun traumatisme violent; elle n'avait pas eu d'émotion particulièrement vive. Faudrait-il donc admettre que la fièvre scarlatine ait pu augmenter à ce point la pression sanguine que les tuniques interne et moyenne de la carotide interne aient cédé? Et même en admettant cette hypothèse, malgré son invraisemblance, comment expliquer que la rupture se soit ainsi produite en un point limité, et précisément en celui-là? La localisation inflammatoire nous paraît au contraire beaucoup plus vraisemblable, et c'est vers elle que nous penchons pour expliquer ce cas.

D'ailleurs, la marche rapide, la guérison spontanée en un mois et demi à deux mois, sont encore plus embarrassantes à interpréter. Nous ne rappellerons pas le mécanisme de la guérison spontanée des anévrysmes d'ailleurs tout à fait exceptionnelle, il est actuellement bien connu et chacun sait que l'inflammation modérée du sac y joue un rôle important en favorisant la formation de néo-capillaires et l'organisation des caillots du sang infiltré dans la paroi du vaisseau. C'est ainsi que le tissu conjonctif néoformé peut arriver dans quelques circonstances à suppléer, à remplacer même la tunique moyenne en partie détruite.

CHAPITRE V

SYMPTOMES

Les anévrysmes de la portion extra crânienne de la carotide interne sont tout à fait exceptionnels et ils n'ont guère été l'objet d'études importantes jusqu'aujourd'hui ; nous essayerons cependant d'en retracer les principaux traits caractéristiques car les auteurs classiques sont à ce sujet d'une brièveté extrême.

En nous basant surtout sur le fait que nous avons pu observer, nous dirons que le début de l'affection peut être brusque ou relativement rapide tout au moins, puisque chez notre malade l'anévrysme s'est constitué et a atteint le maximum de développement dans l'espace de quinze jours.

Son apparition s'accompagne de douleurs spontanées, tantôt sourdes, tantôt au contraire d'une acuité extrême, avec irradiation sur l'oreille du côté malade.

Les signes physiques sont ceux de tous les anévrysmes et on nous dispensera de rappeler ici la tumeur mate et fluctuante réductible, mais

dont les tentatives de réduction sont dangereuses, les battements, l'expansion, le signe du drapeau, le souffle anévrysmal... qui ne présentent ici rien de particulier.

Nous dirons seulement que la tumeur peut faire saillie sur le pharynx, qu'elle peut refouler l'amygdale et les piliers du voile du palais d'une façon notable et, que de ce côté encore, le doigt perçoit les battements. Nous insisterons en passant sur l'utilité de la palpation bi-manuelle, avec un doigt dans la bouche du malade et l'autre main appliquée sur la tumeur qui existe au cou. C'est certainement ainsi que l'on peut apprécier le mieux le mouvement d'expansion qui est pathognomonique pour ainsi dire.

Cette saillie de l'anévrysme dans la gorge est très importante à connaître, car elle peut donner naissance à des erreurs fatales.

Il est facile de comprendre que des troubles de la phonation et de la déglutition pourront aussi se produire par gêne vésanique du voile du palais. La voix devient nasonnée, la déglutition est gênée, même douloureuse, enfin les aliments liquides déglutés refluent dans les fosses nasales.

Les malades ont en outre l'attitude du torticolis par contraction légère du sterno-cleido-mastoïdien du côté malade, que cette contraction soit le fait d'une irritation directe du muscle ou d'une irritation de la branche externe du spinal.

En effet les phénomènes de compression nerveuse sont à prévoir en raison du grand nombre des cordons nerveux qui traversent la région et côtoient ou croisent la direction de l'artère. (Pneumogastrique, spinal, glosso-pharyngien, grand hypoglosse).

Quant à l'évolution, elle n'est pas toujours aussi rapide ni aussi favorable que nous l'avons vue dans cet exemple, il s'en faut de beaucoup, de sorte qu'à tout prendre l'anévrysme de la carotide interne, quelle qu'en soit la cause, est toujours une affection fort grave.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Le diagnostic d'un anévrysme de la portion extracranienne de la carotide interne semble au premier abord devoir être toujours excessivement simple. Les caractères de la tuméfaction, les battements, le souffle, l'expansion sembleraient devoir rendre l'erreur impossible. Et pourtant l'erreur a été commise plus d'une fois et a eu les conséquences les plus funestes.

Duke et Liston n'ont-ils pas incisé de ces anévrysmes, saillants dans le pharynx, qu'ils ont pris pour des abcès de l'amygdale.

Dubrueil (1) prit un anévrysme qui ne battait plus, pour une tumeur solide du voile du palais; il tenta l'extirpation, qui se termina par la mort. Nous ne rappelons pas les autres erreurs du même genre qui sont classiques et bien connues.

Elles montrent que le diagnostic ne laisse pas

1. Dubrueil. *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.* 1883. p. 1398-
Muralité. Thèse de Montpellier, 1883.

que de présenter parfois de sérieuses difficultés puisque des anévrysmes de la carotide interne ont pu être méconnus par des hommes dont la valeur scientifique et la compétence clinique est universellement reconnue.

Nous allons envisager les différentes affections qui peuvent donner le change et nous insistons sur les signes qui permettent de les différencier d'avec l'anévrysme de la carotide interne.

Tout d'abord il ne faut pas confondre l'anévrysme avec une adénite ou un adénophlegmon. Le siège des bubons scarlatineux, leur fréquence extrême, leur évolution assez lente, prêtent à la confusion. Mais il faut se rappeler que ces adénophlegmons ne peuvent se produire sans entraîner quelques phénomènes inflammatoires du côté de la peau et du tissu cellulaire sous cutané. On aura donc de l'élévation de la température locale, une teinte rosée ou rouge des téguments, qui survient tard il est vrai, mais qui apparaît néanmoins; enfin et surtout, si l'on pince la peau sur la tumeur elle semble toujours empâtée, elle est constamment épaisse dans les cas d'adéno-phlegmon. Le tissu cellulaire est lui-même empâté par infiltration inflammatoire; si l'on appuie longtemps avec le doigt on peut avoir le godet de l'œdème. Dans l'anévrysme tout cela fait défaut.

L'anévrysme se reconnaît à ses battements visibles et sensibles au toucher. Il est vrai que

les collections purulentes pourraient présenter des battements analogues en apparence. L'artère carotide en contact avec la collection peut lui communiquer ses battements et l'erreur serait parfois facile à commettre si l'on n'y regardait pas de plus près. Il faut rechercher alors l'expansion : c'est un symptôme de la plus grande valeur et que l'on pourrait à peu près considérer comme pathognomonique. Ce symptôme peut s'obtenir ici de deux façons : soit en appliquant la main sur la tumeur, soit lorsqu'elle fait saillie dans le pharynx en faisant un palper bi-manuel. On introduit, par exemple, l'index de la main gauche dans la bouche et on l'applique (dans le cas que nous rapportons) sur la région amygdalienne gauche, tandis que la main droite est appliquée au côté gauche du cou sur la tuméfaction externe. On sent alors nettement que la tumeur se dilate après systole ventriculaire et que les deux mains sont écartées en sens inverse.

Les mêmes considérations que nous venons d'énumérer sont les mêmes qui peuvent empêcher aussi de confondre l'anévrysme de la carotide interne, avec les abcès et phlegmons péri-amygdaliens, si fréquemment observés en clinique.

Il est un diagnostic plus délicat encore, c'est celui d'un abcès ayant ulcéré la carotide interne.

Là, en effet, on pourra sentir non seulement

des battements réels, mais encore peut-être un mouvement d'expansion qui en imposerait singulièrement pour un anévrysme. Il faut alors tenir le plus grand compte des signes d'inflammation dont nous parlions un peu plus haut et ne pas oublier qu'un adéno-phlegmon ne saurait évoluer sans inflammation, et infiltration du tissu cellulaire, sans épaissement de la peau, sans œdème et un peu plus tard sans rongeure et élévation thermique locale.

En tous les cas il est un symptôme capital et dont la recherche devrait toujours être faite dans tous les cas, c'est le souffle anévrysmal perçu à l'auscultation. Ce signe permet nous semble-t-il d'éviter toutes les erreurs et nous croyons qu'on ne devrait jamais s'armer du bistouri pour ouvrir par le pharynx ou par l'extérieur ce que l'on croit être un adéno-phlegmon de cette région, sans avoir ausculté la tumeur avec soin.

L'auscultation et la palpation permettent du reste en cas d'anévrysme de distinguer l'ectasie artérielle d'un anévrysme artérioso-veineux.

Enfin l'observation de Dubrueil, montrée avec quelle prudence il faut se décider à intervenir pour certaines tuméfactions qui semblent être des tumeurs du voile du palais. Là encore l'auscultation donnera des renseignements de première importance.

De tout ceci il ressort ce fait important, qu'a-

vant de se décider à une intervention, on ne saurait apporter trop de soin au diagnostic des affections en apparence les plus communes, dans cette importante et dangereuse région.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Dans l'observation que nous avons rapportée, aucun traitement direct local n'a été fait.

On ne peut en effet considérer comme un traitement la ponction capillaire qui a été faite dans cet anévrysme et qui n'avait pour but que d'enlever 2 centimètres cubes de sang pour éclairer et bien asseoir le diagnostic. Il est vrai qu'on a proposé l'électropuncture et l'acupuncture dans le traitement des anévrysmes, et que la piqûre de la ponction se rattache à ce dernier mode de traitement, mais la piqûre a été unique et évidemment son action a dû être bien minime si elle en a eu une.

Cette piqûre même n'aurait-elle pas pu avoir des inconvénients ?

Voilà encore une question que nous devons poser et essayer de résoudre ? Nous ne le croyons pas. En effet une piqûre aseptique et très fine d'une artère est sans inconvénient ; les tissus sont plutôt écartés les uns des autres que lésés ou rompus ; dans une telle intervention,

lorsqu'on retire l'aiguille capillaire, les tissus reviennent sans peine sur eux-mêmes ; un peu de sang s'infiltre et se coagule tout au plus dans le trajet de la piqûre et tout rentre dans l'ordre.

La compression a bien aussi été un peu faite dans notre exemple mais d'une façon vraiment bien faible.

C'est à peine si l'on peut considérer comme une compression, l'application de collodion sur la région malade après la ponction et les enveloppements ouatés du cou qui ont été faits par la suite. D'ailleurs pour faire la compression dans cette région, il faut bien reconnaître que l'on manque de point d'appui, à cause des organes importants qui traversent la région et s'opposent à une compression suffisamment utile.

En somme, l'anévrysme de notre malade, il faut le dire, a guéri spontanément, et la seule chose qui ait été faite est un traitement général tonique.

Mais malheureusement tous les anévrysmes sont loin de présenter cette heureuse terminaison, et nous avons à discuter quel mode de traitement convient le mieux à ceux de la carotide interne dans sa portion extra-crânienne.

Les méthodes de traitement des anévrysmes peuvent se diviser en deux catégories : 1° celles qui cherchent à coaguler le sang dans le sac, 2° celles qui agissent directement sur le sac pour le détruire.

Dans la première catégorie trouvent place les injections coagulantes, les corps étrangers, la galvano-puncture, la malaxation, les réfrigérants, la compression directe, la flexion, la compression indirecte etc. Enfin la ligature.

Les autres, portant sur le sac et ayant pour but sa destruction sont : l'incision du sac, son extirpation ; la cure radicale de l'anévrysme. Toutes ces méthodes n'ont pas la même valeur. Tout d'abord, on conçoit *a priori* que l'extirpation, la cure radicale soit l'idéal ; mais ici elle est impraticable, surtout dans des circonstances comme celles que nous avons observées chez notre malade, l'anévrysme était immédiatement au-dessous de la base du crâne, il s'enfonçait vers l'orifice d'entrée du canal carotidien du rocher. Il eut, en conséquence, été tout à fait impossible de poser une ligature au-dessus de l'anévrysme. C'est là un des caractères communs à tous les cas, d'ailleurs peu nombreux qui ont été observés.

C'est donc, en somme, sur la ligature qu'il faut se rejeter et fatalement sur la ligature au-dessous de l'anévrysme ; nous n'avons donc pas à envisager ici la méthode de Brasdor, ni celle de Wardrop.

Restent les deux méthodes de ligature entre le cœur et l'anévrysme ; celle d'Anel qui lie immédiatement avant l'anévrysme ; celle de Hunter qui reporte la ligature plus loin. Or, les

dangers que craignait Hunter (altération de l'artère au voisinage de la tumeur), sont chimériques et l'asepsie, que l'on sait aujourd'hui réaliser, les ont supprimées. La méthode d'Anel est, au contraire, la meilleure, surtout sur la carotide interne qui n'a pas de collatérales extra-crâniennes.

C'est à cette ligature que nous nous rattacherons.

Mais est-elle toujours suffisante? Les anastomoses intra-crâniennes de la carotide sont excessivement nombreuses.

L'expérience montre que la ligature de la carotide est dangereuse et donne des résultats très incertains.

M. Delbet a bien résumé les résultats obtenus dans ces cas; nous lui empruntons les lignes suivantes :

« Syme fit la ligature de la carotide primitive ;
« le malade mourut trente heures après. L'opéré
« de Mettner résista douze jours, mais après
« avoir présenté de l'hémiplégie du côté opposé
« à la ligature. Les malades de Blessig et de
« Prewitt sont morts d'hémorragies secondaires.
« Chez celui de Godfrey le sac suppura
« et s'ouvrit dans le pharynx. Hayes Agnew lia
« la carotide primitive, la thyroïdienne, la linguale
« et la carotide primitive du côté opposé,
« ce qui n'empêcha pas le patient de mourir
« d'hémorragie. Seul Wyeth a guéri son ma-

« lade en liant la carotide primitive, la carotide
« interne et la thyroïdienne. »

Il nous semble que c'est à cette dernière méthode que l'on doit se rattacher, en raison des nombreuses anastomoses.

Enfin, dans ces anévrysmes, on n'oubliera pas le traitement général tonique qui convient à un convalescent de fièvre scarlatine.

CONCLUSIONS

Nous terminerons cette étude en nous résumant par les quelques remarques suivantes en forme de conclusions :

1° Aux complications connues de la scarlatine il en faut ajouter une très rare ; l'anévrisme spontané de la portion extra-crânienne de la carotide interne dont nous rapportons un exemple.

2° Cet anévrisme au point de vue pathogénique nous paraît devoir rentrer dans la catégorie des anévrysmes dits spontanés ou simples liés à l'artérite aiguë. Cette pathogénie est celle qui nous explique le mieux l'évolution de la maladie dans notre cas.

3° L'observation de notre malade est intéressante à plus d'un titre.

a) L'anévrisme chez une jeune fille est très rare.

b) Il s'est développé à la suite d'une scarlatine, affection qui frappe volontiers l'appareil circulatoire.

c) Cet anévrisme a évolué très rapidement et

s'est terminé par la guérison spontanée. Tout cela est très exceptionnel.

d) L'anévrysme de la carotide interne dans sa portion extra-crânienne est très rare et à peine signalé par les auteurs classiques.

4° Le siège de cet anévrysme et les conditions dans lesquelles il s'est présenté, à la suite de la scarlatine prêtaient particulièrement à l'erreur. Ce cas doit mettre en éveil l'attention du chirurgien ; il montre la nécessité d'un examen minutieux avant d'ouvrir un adénophlegmon du cou, en particulier par la voie pharyngienne afin d'éviter des erreurs fatales.

Vu par le président de la thèse
DEBOVE

Vu par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

